

# Ergo- terapi & kræft

Ergoterapeutiske indsatser  
i genoptræning og rehabilitering  
af mennesker med kræft  
samt den palliative indsats



## Introduktion

Formålet med dette dokument er at beskrive ergoterapeutiske indsatser inden for kræftrehabilitering og palliation med henblik på at støtte ergoterapeuter, der arbejder inden for området samt ergoterapeuter, der gerne vil udvikle deres kompetencer til fremtidige arbejdsopgaver inden for feltet. Desuden kan dokumentet benyttes af tværfaglige samarbejdspartnere og beslutningstagere, der kan have gavn af denne information i forbindelse med prioritering af indsatser, kompetenceudvikling af medarbejdere og udviklingen af den tværfaglige indsats.

Dokumentet beskriver de overordnede rammer for de ergoterapeutiske indsatser inden for arbejdet med mennesker med kræft - både for de, som lever med sygdommen eller senfølger heraf samt de, som er i et palliativt forløb. Ergoterapeutiske indsatser er beskrevet i forhold til både rehabilitering og palliation i erkendelsen af, at faserne har en tendens til at være delvist overlappende. Dokumentet indeholder konkrete beskrivelser af, hvor ergoterapeutiske indsatser skiller sig ud fra andre sundhedsfaglige indsatser inden for kræft og palliation. Relevante undersøgelsesredskaber er beskrevet samt foldet ud i forhold til, hvilken sammenhæng de er relevante i, og endelig er indsatserne konkretiseret ud fra tre case-eksempler.

Der er desuden udarbejdet anbefalinger til kompetencer for ergoterapeuter i den palliative indsats. De findes [her](#).

## Definition af rehabilitering

Dokumentet tager udgangspunkt i definitionen af rehabilitering, som den er defineret i Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet:

*Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats (MarselisborgCentret, 2004).*

## Definition af den palliative indsats

Dokumentet tager afsæt i WHO's definition af den palliative indsats fra 2002, der beskriver indsatsen som værende:

*'At fremme livskvaliteten hos patienter og familier, som står over for de problemer, der er forbundet med livstruende sygdom, ved at forebygge og lindre lidelse gennem tidlig diagnosticering og umiddelbar vurdering og behandling af smerter og andre problemer af både fysisk, psykisk, psykosocial og åndelig art.*

*Den palliative indsats:*

- *tilbyder lindring af smerter og andre generende symptomer*
- *bekræfter livet og opfatter døden som en naturlig proces*
- *tilstræber hverken at fremskynde eller udsætte dødens indtræden*
- *integrerer omsorgens psykologiske og åndelige aspekter*
- *tilbyder en støttfunktion for at hjælpe patienten til at leve så aktivt som muligt indtil døden*
- *tilbyder en støttfunktion til familien under patientens sygdom og i sorgen over tabet*
- *anvender en tværfaglig teambaseret tilnærmelse for at imødekomme behovene hos patienterne og deres familier, inklusive støtte i sorgen om nødvendigt*
- *har til formål at fremme livskvaliteten og kan også have positiv indvirkning på sygdommens forløb*
- *kan indsættes tidligt i sygdomsforløbet i sammenhæng med andre behandlinger, som udføres med henblik på livsforlængelse, som for eksempel kemo- eller stråleterapi, og inkluderer de undersøgelser, som er nødvendige for bedre at forstå og håndtere lidelsesfyldte kliniske komplikationer'*

(rehpa.dk)

Modtagere af palliative indsatser er i dette dokument målrettet mennesker med kræft og deres pårørende, men vi er opmærksomme på, at indsatserne i et vist omfang vil kunne overføres til andre diagnosegrupper.

# Visitation

Med revisionen af Forløbsprogram for rehabilitering og palliation for mennesker med kræft, fremgår det, at der er styrket fokus på, at alle mennesker med kræft får vurderet deres behov for rehabilitering og palliation (SST...). Dette er naturligvis en forudsætning for, at ergoterapeutiske indsatser overhovedet bliver iværksat. Derfor anbefales det, at ergoterapeuter, der arbejder inden for området er opmærksomme på, om sundhedspersonalet, der visiterer borgere og patienter til ergoterapi, har den fornødne viden om, hvilke indsatser ergoterapeuter yder i forhold til såvel rehabilitering som palliation.

## Faser

Mennesker ramt af en kræftsygdom kan have behov for indsatser, der knytter sig til rehabiliteringsforløb eller til palliative forløb. Vel vidende at overgangen mellem disse forløb kan være delvist overlappende, kan det undertiden være svært at fastslå, hvor præcist den enkelte borger/patient befinder sig. Endelig er der også en fase, hvor man arbejder palliativt rehabiliterende.

### REHABILITERING OG PALLIATION

Definitionen af rehabilitering har en række fællestræk med den palliative indsats, idet der også her er tale om en individuel indsats med et overordnet mål om at øge livskvaliteten. Begge indsatser er tværfaglige og team-baserede med en helhedsorienteret tilgang. Der er fokus på både fysiske, psykiske og sociale dimensioner.

### DE TRE PALLIATIVE FASER

Palliative forløb er typisk opdelt i tre faser:

Den **tidlige** palliative fase, som kan vare fra måneder til år. Her er der ofte stadig fokus på behandling, som primært har til formål at lindre eller livsforlænge. Man er her allerede opmærksomme på de palliative behov.

Den **sene** palliative fase, som typisk varer uger til måneder. Her ophører al helbredende behandling, og der er fokus på lindring og livskvalitet.

Den **terminale** fase, som varer dage til uger. Her er der fokus på lindring af symptomer og støtte til de pårørende.

### PALLIATIV REHABILITERING

Begrebet er forholdsvis nyt i Danmark, til trods for at det første gang blev introduceret i England i 1969 (Dietz - ref). Palliativ rehabilitering fokuserer på borgerens egne mål og består af tværfaglige indsatser på tværs af organisationer og sektorer til sikring af kontinuitet i forløbet. Det overordnede fokus er at øge uafhængighed, øge livskvalitet, nedbringe symptomer, øge velbefindende og facilitere mulighederne for at blive i ønskede omgivelser. Borgerens mål skal løbende evalueres i takt med sygdommens progression, og der skal planlægges fremad for at foregribe behov hos den enkelte borger ([www.ncpc.org.uk](http://www.ncpc.org.uk)).

## Ergoterapi

Ergoterapi har til formål at sikre menneskers mulighed for at kunne deltage i og udføre aktiviteter, som giver mening i hverdagen.

Det gælder også, når der er tale om mennesker med fremskreden kræftsygdom eller mennesker, som lever i den sidste fase af livet. Her er det ergoterapeutiske fokus, at indhold i den resterende del af livet styrkes gennem aktivitet og udfoldelse.

Ergoterapeutforeningen mener, at alle mennesker, der lever med symptomer eller senfølger efter kræftsygdom eller behandling – skal have mulighed for ergoterapeutisk vurdering af rehabiliteringsbehov med fokus på *aktivitet og deltagelse*. Dette skal sikres gennem ergoterapi i individuelt tilrettelagte rehabiliteringsforløb. Alle mennesker med kræft skal også sikres mulighed for vurdering af behov for palliativ indsats, og ergoterapeuter bør integreres i de palliative teams.

### ERGOTERAPEUTERS OPGAVER OMHANDLER:

- At yde støtte til at patienten klarer de barrierer, der hindrer deltagelse i hverdagsaktiviteter, der er vigtige for den enkelte
- At bistå den enkelte i at klare nødvendige hverdagsaktiviteter og aktiviteter, der giver indhold og mening i livet (Eva, 2015)

## MERE SPECIFIKT ER PALLIATIV ERGOTERAPI MÅLRETTEDE HVERDAGSAKTIVITETER INDEN FOR:

- Egenomsorg (f.eks. bad, påklædning, toiletbesøg og spise)
- Forflytninger i forbindelse med aktiviteter (f.eks. i bad, række ud efter ting, samle ting op)
- Huslige aktiviteter (f.eks. madlavning, indkøb, økonomi) (Frost, 2001)
- Sociale aktiviteter (fritidsinteresser, samvær med andre, netværk, arbejde)

## BEHOVSVURDERING - HVORNÅR ER DER INDIKATION FOR ERGOTERAPI?

Der er indikation for ergoterapi, når borgerens vanskeligheder får betydning for udførelsen af dagligdags aktiviteter (inden for egenomsorg, arbejde og fritid), som er nødvendige og meningsfulde for borgeren - dvs. når aktivitetsudførelsen bliver anstrengende, tager lang tid, kræver mere energi og flere kræfter, ikke længere udføres eller udføres af andre.

## Ergoterapeutiske indsatser

### IDENTIFIKATION AF AKTIVITETSPROBLEMER, ØNSKER OG BEHOV

Ergoterapeuten kan afdække aktivitetsproblemer, f.eks. ved hjælp af Canadian Occupational Performance Measure (COPM), narrativt interview, ADL-taxonomien, Patient Specific Functional Scale (PSFS).

### MÅLSÆTNING

Ergoterapeuten opstiller, i samarbejde med borgeren/patienten, mål for interventionen, f.eks. ved hjælp af Goal Attainment Scale (GAS) og SMART-mål.

### INTERVENTION

Den ergoterapeutiske intervention kan rette sig mod aktivitetstræning, kompensation eller træning af personlige faktorer og kropsfunktioner:

## Aktivitetsbaseret færdighedstræning

Træning af daglige aktiviteter (ADL-træning):

- Vejledning i udførelse af daglige aktiviteter - herunder graduering
- Støtte til at genoptage tidligere aktiviteter

## Kompensation

- Hjælpemidler
- Ergonomisk vejledning
- Energiforvaltning
- Energibesparende teknikker
- Mestring af forandret liv og aktivitetsformåen
- Træning af kompenserende strategier ved kognitive (sen)følger - f.eks. hukommelsesproblemer, nedsat koncentrationsevne
- Strategier til at håndtere 'gode og dårlige dage'

## Træning af personlige faktorer og kropsfunktioner

- ADL-forberedende træning, herunder fysisk træning (sensibilitet, bevægelighed, styrke og koordination)
- Træning af daglige aktiviteter med fokus på genopbygning af personlige og kropslige faktorer
- Træning af spise/drikke/synkefunktion

## Evaluering

Den ergoterapeutiske intervention evalueres og tilpasses løbende samt ved afslutning af forløbet.

## Cases

Ovenstående ergoterapeutiske indsatser illustreres yderligere i følgende cases.

# Case: Katrine

Katrine er 73 år og har brystkræft med metastaser til knoglerne og hjernen. Hun bor alene i en lejlighed i en større by og har et sommerhus ved vandet.

Hendes mand døde af et hjerteanfald, da hun var 62 år. Hun har to voksne børn og 4 børnebørn. Hun arbejdede tidligere som lærer, men blev pensioneret som 65-årig. Katrine har mange venner, og hun spiller kortspil én gang om ugen med en gruppe af disse venner. Hun har altid inviteret sine venner til middag ofte og holder meget af at leve et aktivt liv omgivet af familie og venner.

Hun bliver indlagt på grund af en fraktur i højre arm. Frakturen viser sig, at være permanent, fordi den er forårsaget af metastaserne i hendes knogler. Under indlæggelsen møder Katrine en fysioterapeut for at drøfte hendes problemer og behov og for at afklare, om der er behov for fysioterapeutisk intervention.

Katrine har balanceproblemer, og hun har smerter i sin ryg og i sin arm. Hun fortæller, at hun hurtig udtrættes, når hun går eller ordner praktiske ting i sin bolig.

Ergoterapiafdelingen modtager en henvisning med en anmodning om et hjemmebesøg, fordi Katrine føler sig utryk ved den forestående udskrivelse. Katrine er usikker på, om hun kan foretage de aktiviteter, som hun er vant til, nu hvor hendes højre arm er ude af funktion.

Plejepersonalet fornemmer, at Katrine gør mindre, end hun egentlig kan. Hun spiser kun sparsomt, og hun tager ikke selv initiativ til at gå i bad.

Da ergoterapeuten først møder Katrine på sygehuset, har Katrine ingen idé om, hvad ergoterapeuten kan hjælpe hende med. Hun virker, som om hun ikke har nogen interesse i at modtage ergoterapi.

Ergoterapeuten spørger ind til Katrines situation og til hendes interesser, taler med hende om familien og hverdagen. Katrine begynder at fortælle om sine problemer, ønsker og behov. Hun fortæller, at hun har en passion for kortspil med sine venner. Hun er meget ked af, at hun ikke er i stand til at spille kort, når hendes højre arm ikke fungerer på grund af frakturen - især da hendes kortvenner kommer og besøger hende på hospitalet.

Ergoterapeuten fortæller Katrine, at hun har en 'kortholder' i ergoterapiafdelingen og tilbyder hende at låne den, mens hun er indlagt. Katrine har aldrig hørt om en kortholder før, og bliver glad ved tanken om at kunne genoptage sit kortspil. Ergoterapeuten får fat i kortholderen og arrangerer et hjemmebesøg hos Katrine senere samme uge.

På hjemmebesøget, hvor fysioterapeuten også deltager, gennemgår de alle de aktiviteter, som Katrine gerne vil bibeholde i sin dagligdag. Sammen sætter de mål for, hvilke aktiviteter, der skal fokuseres på under indlæggelsen, indtil Katrine skal udskrives. Terapeuterne får samtidig et billede af omgivelsernes betydning for de aktiviteter, Katrine gerne vil udføre.

Madlavning og det at kunne invitere venner og familie til middag er tilsyneladende meget vigtigt for Katrine, da dette hænger sammen med rollen som mor, ven og én person, som inviterer familie og venner til middag hos hende selv. Derfor arrangerer ergoterapeuten en træningsseance i trænings-køkkenet på sygehuset dagen efter. Her skal Katrine lave en ret mad, dække bord og servere maden.

Katrine går med fysioterapeuten ned til trænings-køkkenet. Træningsseancen bliver en positiv oplevelse for Katrine. Hun evner at klare alle aktiviteterne helt uden hjælp fra ergoterapeuten ved at bruge hjælpemidler og små fif, som ergoterapeuten instruerer hende i.

Ergoterapeuten laver de nødvendige aftaler med en terapeut i Katrines kommune, så hun kan blive udskrevet fra sygehuset og komme hjem.

I samarbejde sikrer ergoterapeuten og plejepersonalet, at der er den hjælp, Katrine får brug for, når hun udskrives.

Som tiden går og sygdommen forværres, har Katrine flere indlæggelser på sygehuset. Plejepersonalet og terapeuterne træder til, hvor der er behov, baseret på de aktiviteter, som Katrine har behov for og lyst til at udføre.

I den terminale fase er Katrine meget påvirket af sygdommen og har mange smerter. Der er en længere periode, hvor hun kommer ind og ud af sygehuset - og terapeuterne er ikke involveret i særlig stor grad. Hjernemetastaserne har bevirket, at synsnerven er blevet påvirket, og hun er næsten blind. Alligevel har Katrine et ønske om at lave scrapbøger til sine børnebørn med minder fra sin egen barndom og dermed med mulighed for at give historierne videre. I samarbejde mellem de to terapeuter og plejepersonalet på afdelingen, får de arrangeret, at Katrine kan sidde i hospitalssengen med et bord og det nødvendige materiale til at lave scrapbøgerne.

Katrine dør på sygehuset, omgivet af sin familie, efter at have afsluttet arbejdet med scrapbøgerne til sine børnebørn.



# Case: Berit

Berit er 52 år og har lungekræft. Hun er efter endt operativ behandling i gang med et opfølgende ambulante kemoforløb på sygehus. Berit bor i hus med sin mand. De har en datter, som er flyttet hjemmefra og en teenager, som stadig bor hjemme.

Pga. kemobehandling er Berit plaget af udpræget træthed, kvalme, appetitløshed og generel utilpashed og har i den forbindelse lidt funktionstab og kan stort set ikke klare sine sædvanlige opgaver i familien. På den baggrund er hun blevet henvist fra sygehuset til kommunal genoptræning (§140).

Ergoterapeuten afholder visitationssamtale og behovsvurdering under et hjemmebesøg hos Berit. I den forbindelse udføres COPM-interview, hvorfra Berit definerer 4 aktivitetsproblemer:

1. At tage bad er fysisk vanskeligt, og hun føler det ydmygende, at hun har behov for hjælp af sin mand eller søn til at kunne få vasket sig selv
2. Rengøring
3. Madlavning
4. At kunne komme ud af egen bolig, fx for at gå en tur

Det aftales at arbejde med aktivitetsproblem nr. 1 på kort sigt og sætte de andre 3 aktivitetsproblemer i fokus på længere sigt, da bl.a. nr. 4 er for vanskeligt at arbejde med på nuværende tidspunkt.

Ergoterapeuten laver derfor en ADL-vurdering i badesituationen, hvorefter Berit vejledes i nogle kompenserende strategier, herunder:

- At bruge mindre håndklæder i stedet for store tunge frottehåndklæder
- Der identificeres behov for hjælpemidler for at kunne sidde ned og spare kræfter under badet
- At overveje, hvornår på dagen har hun mest energi, så hun bedst kan overskue at gå i bad
- Det drøftes, hvordan genstande (shampoo, håndklæder etc) placeres mest hensigtsmæssigt

Derudover visiteres Berit til en kørestol, så manden kan tage hende udenfor, indtil hun selv har kræfter til at gå længere afstande.

Ergoterapeuten og Berit har derefter løbende telefonisk kontakt gennem resten af kemoterapi-forløbet. Da kemoterapien er afsluttet, starter Berit til holdtræning ved fysioterapeut mhp. at genvinde fysisk funktion, og ergoterapeuten udfører en COPM re-test mhp. at vurdere den nye livssituation og eventuelt sætte nye mål.

Aktivitetsmålene er nået vha. ergoterapi, kompenserende strategier og fordi kemobehandlingen er afslut-



tet. Berit har nu en ny livssituation, hvor hun kan klare sig selv, kan komme udenfor og til genoptræning, men hvor hun har mindre energi end før, hun blev syg. Berit ønsker bl.a. at vende tilbage til sit arbejde. Hun har desuden svært ved at overskue sociale relationer, i særdeleshed at have gæster. Hun bebrejder sig selv meget og har dårlig samvittighed overfor sine omgivelser over at være syg og over ikke at være rigtig glad endnu, selvom hun er erklæret rask.

Gennem samtale får ergoterapeuten og Berit konkretiseret nogle problematikker i hverdagen, som Berit kan arbejde med. Berit udfylder et skema over sit tidsforbrug for at bevidstgøre, hvordan de forskellige aktiviteter påvirker hende. Ved hjælp af visualiseringsmodeller synliggør ergoterapeuten for Berit, hvordan hendes energi bedst kan forvaltes, og hvordan aktiviteter kan prioriteres i hverdagen.

Ergoterapeuten hjælper desuden Berit med at ansøge om hjælp i hjemmet, så Berit har mulighed for at bruge noget tid på aktiviteter, der nærer hende og giver energi.

# Case: Tina

Tina er 32 år og arbejder som sygeplejerske på en akut modtage-afdeling. Er gift og har to børn på henholdsvis 2 og 4 år.

Er behandlet for Non Hodgkins lymfom (lymfekræft) med kemoterapi, antistofbehandling og strålebehandling.

Forløbet har været ukompliceret, og Tina har trænet fysisk træning x 2 ugentligt, bortset fra de dage, hvor bivirkningerne var for store.

Har afsluttet behandlingen og skal nu tilbage til arbejdet som sygeplejerske.

Ved genoptagelse af arbejde på deltid oplever Tina store udfordringer. Hun sidder på et sygeplejekontor og skal dokumentere, mens der er mange afbrydelser hele tiden.

Hun oplever at:

- arbejdsopgaver der før var rutine, tager længere tid
- hun kan ikke multitask
- hun glemmer, hvad hun var i gang med
- hun er blevet meget lydfølsom
- hun har svært ved at koncentrere sig

Når Tina kommer hjem fra arbejde, er hun totalt udmattet og kan ikke overskue familien eller sociale aktiviteter.

Disse udfordringer bliver italesat ved en opfølgningssamtale med kontaktpersonen, og Tina bliver derefter henvist til ergoterapi.

Ergoterapeuten foretager et COPM-interview og identificere herigennem aktivitetsproblematikkerne på arbejdet og i hjemmet.

De følgende to uger skal Tina kortlægge sine dage ved enten dagbog eller energiforvaltningsskema.

Efter de to uger identificeres sammenhængen mellem symptomer og opgaver i samarbejde med ergoterapeuten.

Det bliver tydeligt for Tina, at de dage hun har været på arbejde er de sværeste. Det at skulle arbejde et sted med mange afbrydelser og lydindtryk er blevet meget svært. Tina kan ikke huske så godt som før, så referater og lignende kan hun ikke lave.

Derhjemme er det typisk Tina, der skal handle og lave mad, og det at skulle finde på hver dag er blevet meget svært for Tina. Også det at lave mad med alle afbrydelserne fra børnene er blevet vanskeligt.

Sammen med ergoterapeuten beslutter Tina sig for at arbejde med følgende:

Samtale med leder på arbejdsplads om:

- at sidde et andet sted og arbejde uden forstyrrelser
- at have specifikke afgrænsede opgaver
- at få mere tid til opgaverne
- at holde pauser hver time
- at bruge diktafon til at tage referater

Derhjemme vil Tina nu:

- bestille måltidkasser med mad, der er let at tilberede
- få bedsteforældre til at hente børnene en gang om ugen og ægtefælle til at hente en gang om ugen, så Tina kan tage til yoga og træning og give sig selv lov til ro og fordybelse.
- få rengøringshjælp

Sideløbende får Tina undervisning fra ergoterapeuten i forståelse af de kognitive vanskeligheder der kan opstå som følge af kræftsygdom og behandling.

Efter en måned evalueres indsatsen, og det er tydeligt, at der er mere overskud til familien også de dage, hvor Tina har været på arbejde.



Ergoterapeutforeningen organiserer 9.500 ergoterapeuter og studerende. Foreningen udvikler og sikrer ergoterapeuters roller og vilkår på arbejdsmarkedet. Ergoterapeuter arbejder med børn, unge, voksne og ældre, der har svært ved at deltage i dagligdagens aktiviteter. Det vil sige alt det, du gør, fra du står op til du går i seng. Ergoterapeuter træner din krop, psyke og hjerne, og udvikler dine sanser og færdigheder i samarbejde med dig. Ergoterapi investerer i dig, så du har mulighed for at være en del af fællesskabet og bidrage med dit eget potentiale. Det er godt for både dig og for samfundet.

## Vi gør din hverdag mulig

# Ergo- terapi & kræft

Udarbejdet af Ergoterapifagligt Selskab for Kræft og Palliation i samarbejde med Etf, 2020.

2. udgave.

Se også "[Anbefalinger til kompetencer for ergoterapeuter i den palliative indsats](#)"

